ene gris

EVALUACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN DE CASOS EN ATENCIÓN PRIMARIA MEDIANTE ENFERMERAS COMUNITARIAS DE ENLACE

Gonzalo Duarte Clíments* (1), Cristobalina Rodríguez Álvarez (2), Antonio Sierra López (2), José Ángel Rodríguez Gómez (2), Armando Aguirre Jaime (3), María Begoña Sánchez Gómez (1)

(1) Escuela Universitaria de Enfermería Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife

(2) Universidad de La Laguna.

(3) Colegio de Enfermeros de Santa Cruz de Tenerife.

ene
revista de enfermería

Duarte Clíments, G. (2019). **EVALUACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN DE CASOS EN ATENCIÓN PRIMARIA MEDIANTE ENFERMERAS COMUNITARIAS DE ENLACE.** *Ene 13(3)*. Consultado de http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/908

FICHA DE TESIS

TÍTULO: EVALUACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN DE CASOS EN ATENCIÓN PRIMARIA MEDIANTE ENFERMERAS COMUNITARIAS DE ENLACE

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

DEPARTAMENTO: OBSTETRICIA, GINECOLOGÍA, PEDIATRÍA, MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA, TOXICOLOGÍA, MEDICINA LEGAL Y FORENSE Y PARASITOLOGÍA

FECHA DE LECTURA: 11/02/2016

PROGRAMA DE DOCTORADO: PROGRAMA OFICIAL DE DOCTORADO EN CIENCIAS BIOFARMACÉUTICAS

* CORRESPONDENCIA: GONZALODUARTECLIMENTS@GMAIL.COM

El Colegio de Enfermeros de Santa Cruz de Tenerife, la Cátedra de Enfermería de la Universidad de La Laguna y la revista Ene de Enfermería, firman un convenio para rescatar literatura gris.

Resumen

Introducción. En Canarias la enfermera gestora de casos (GC) se ha denominado enfermera comunitaria de enlace (ECE).

Objetivo. Evaluar del impacto del modelo ECE en términos de resultados para el paciente y su familia, y de eficiencia para el sistema sanitario. Identificar evidencias en GC.

Método. Estudio en Centros de Atención Primaria de Tenerife. Los indicadores se recogen con una periodicidad mensual, referidos a atención domiciliaria y su impacto en resultados clínicos y uso de recursos. La comparación entre tendencias de los indicadores con y sin el modelo ECE se realiza con la prueba F de Snedecor. Todas estas pruebas son bilaterales a un nivel de significación $p< 0,05$. Scoping Review sobre gestión de casos.

Resultados. En las áreas con ECE se obtienen mejoras en indicadores: que describen el control de la situación clínica de los pacientes; de eficiencia del empleo de los recursos; y de calidad y cumplimiento del proceso, entre los que se incluyen también los de visitas a domicilio y detección y abordaje del riesgo social. Se seleccionan 21 revisiones sistemáticas. Se encuentran evidencias a favor de la GC en efectividad, calidad de vida, satisfacción y costes.

Discusión. Donde se desarrolla el trabajo de las ECE se obtienen mejoras en el control de la situación clínica de los pacientes, de la calidad y eficiencia de la atención. Los resultados son coherentes con lo publicado por otros autores en diferentes contextos y perfiles de pacientes.

Palabras clave: Atención primaria de salud, gestión de casos, enfermería comunitaria.

Abstract

IMPACT OF MODEL IN MANAGEMENT CASES THROUGHT COMMUNITY NURSES LIAISON

Introduction. In the Canary Islands, the case management nurse (CM) has been called the community liaison nurse (ECE).

Objective. To evaluate the impact of the ECE model in terms of results for the patient and family, and efficiency outcomes for the health system. Identify evidence in QA.

Method. The indicators are collected monthly, referring to home care and its impact on clinical results and use of resources. The comparison between trends in the indicators with and without the ECE model is carried out with Snedecor's F test. All these tests are bilateral at a level of significance $p < 0.05$. Scoping Review on CM.

Outcomes.. In the areas with ECE, improvements are obtained in the following indicators: 1) which describe the control of the patients' clinical situation; 2) the efficiency of the use of resources; and 3) the quality and compliance of the process, among which are also included those of home visits and the detection and approach to social risk. Twenty-one systematic reviews were selected. There is evidence in favour of CM in terms of effectiveness, quality of life, satisfaction and costs.

Discussion. Where ECE work is carried out, improvements are obtained in the control of the clinical situation of the patients, quality and efficiency of care. The results are consistent with what has been published by other authors in different contexts and patient profiles.

Keywords: Primary health care, case management, community nursing.

INTRODUCCIÓN

En Canarias la enfermera gestora de casos (GC) se ha denominado "enfermera comunitaria de enlace" (ECE). Se introdujo previa evaluación de su impacto por el Servicio Canario de Salud (SCS) en el año 2000 como propuesta para la mejora de la atención domiciliaria basada en el enfoque de la gestión de casos (GC)[1,2]. Desde aquí la figura de la ECE se difundió e implantó en el resto de España en la década 2000-2010 en diferentes servicios de salud y contextos asistenciales[3].

Esta tesis responde a la necesidad de evaluar el impacto del modelo de la ECE para la GC en el momento en que ha superado el periodo de aprendizaje y se encuentra funcionando de manera estable. La hipótesis de partida es que este modelo tiene un impacto positivo en el control del estado de salud de los pacientes y sus familias, y produce mejoras de eficiencia en el sistema sanitario. El objetivo, por tanto, es evaluar el impacto del modelo en términos de resultados para el paciente y su familia, y resultados de eficiencia para el sistema sanitario. El objetivo secundario es identificar las mejores evidencias disponibles sobre efectividad, utilidad, satisfacción y costes de modelos de GC en atención primaria.

GC es un término polisémico. El informe del King's Fund del 20114 emplea la definición de Hutt de 2004 como "*the process of planning, co-ordinating and reviewing the care of an individual*"[5], y la completa con la definición de la Case Management Society of America, "*a collaborative process of assessment, planning, facilitation, care coordination, evaluation, and advocacy for options and services to meet an individual's and family's comprehensive health needs through communication and available resources to promote quality cost-effective outcomes*"[6].

El concepto de GC gira, en general, sobre el proceso de atención, a pacientes y familiares, complejidad de los problemas, coordinación entre profesionales, y la intervención, con discrepancia si esta es puntual o continuada en el tiempo, aunque, por lo general, se refiere a un cuidado continuado[7-9]. Entendemos que GC en enfermería es valorar las necesidades de cuidados de un paciente y su entorno, y coordinar la aportación de diferentes proveedores en estos cuidados. La GC es una respuesta dirigida a mejorar la continuidad de los cuidados a pacientes especialmente complejos o que requieren la aportación de diferentes proveedores de atención para dar respuesta a sus necesidades[1,3,10,11].

Los pacientes diana de la enfermera GC son personas con una gran necesidad de cuidado, asociado a problemas de salud, pluripatologías, crónicas en su mayoría, comorbilidades o no, o procesos terminales, unidos a situaciones de dependencia. Estas situaciones tienen un gran impacto en el entorno social y familiar de estas personas y, de forma especial, en sus cuidadoras. El volumen de este tipo de paciente aumenta con el proceso de envejecimiento de la población, las situaciones de discapacidad, y los cambios en el modelo de familia con la reducción de la disponibilidad de apoyo[12].

La atención a estos pacientes implica a diferentes sectores de servicios, diferentes niveles asistenciales y diferentes profesionales. Los sectores de servicios implicados abarcan, al menos, al sanitario y social, los niveles asistenciales desde atención primaria a especializada, y como profesionales involucrados auxiliares de enfermería, enfermeras, fisioterapeutas, matronas, trabajadores sociales, psicólogos y médicos. En este escenario complejo la coordinación de todos los recursos necesarios para la continuidad del cuidado requiere identificar y desarrollar servicios de máxima efectividad y eficiencia[13].

MÉTODO

El estudio se desarrolla en los Centros de Atención Primaria de Tenerife. Se dispone de una secuencia temporal mensual desde enero de 2004 a febrero de 2012. Se selecciona este periodo porque en el mismo se ha alcanzado la fase de estabilidad de funcionamiento del modelo de ECE. La información del estudio pertenece a aquellos centros que durante el período estudiado contaron, o bien con el servicio, grupo de intervención, o no contaron con el servicio, grupo de control. Se excluyen aquellos centros que incorporaron del modelo anterior al ECE, para evitar el sesgo de indicadores sometidos a la influencia de la curva de aprendizaje.

Los indicadores empleados tienen una periodicidad mensual y están referidos a la atención domiciliaria y su impacto en resultados clínicos y uso de recursos. Estos indicadores se hallan disponibles tanto para las zonas básicas de salud con enfermeras de enlace como para las que no cuentan con esta figura. Se dividen en indicadores de actividad o proceso (1 a 5) y de resultado (6 a 9):

1. Cobertura de Atención Domiciliaria.

2. Cobertura de Cuidadoras en Continuidad de Cuidados relacionadas con confinados.

3. Cobertura de Talleres a cuidadoras.

4. Confinados con más de cuatro visitas de la Unidad de Atención Familiar.

5. Riesgo social valorado por el Trabajador social.

6. Hospitalizaciones.

7. Ulceras por Presión.

8. Caídas.

9. Sobreesfuerzo cuidadoras.

Procesamiento de datos

Con las secuencias de valores mensuales de cada indicador se conforman dos series temporales. Una para el grupo de centros con el modelo ECE en su cartera de servicios y la otra para el grupo de centros sin este modelo. Cada serie estará formada por el promedio de valores del indicador para los centros de cada grupo y mes del periodo. A las series así conformadas se les estima su tendencia secular. Para la estimación de la tendencia se emplea el ajuste de varios modelos a la serie, seleccionando el más adecuado por los valores de sus medias cuadráticas y comportamiento de residuos. Se comprueba que los residuos se comporten como secuencias aleatorias cercanas a una distribución normal estandarizada con media 0 y desviación 1. Se explora la presencia de patrones oscilatorios en los residuos por movimientos periódicos en las altas frecuencias o períodos cortos. De detectarse estos patrones se emplean métodos de alisamiento de la serie, del tipo media móvil de 2-3 puntos o exponencial, para eliminarlos. Se obtiene la significación estadística de los coeficientes de los modelos de tendencia que indiquen la forma de progresión de la serie. La comparación entre tendencias de los indicadores con y sin el modelo de ECE se realiza con la prueba F de Snedecor. Todas estas pruebas son bilaterales a un nivel de significación $p< 0,05$. Los cálculos se realizan con ayuda del paquete estadístico para entorno Windows SPSS-IBM 21.0

Identificar las mejores evidencias disponibles

El paradigma de la revisión de la literatura y su síntesis lo constituye la revisión sistemática de la literatura[14]. La declaración PRISMA15 recoge los contenidos y datos mínimos que debe con-

tener una revisión sistemática con o sin metaanálisis. Si consideramos los diferentes enfoques posibles para la revisión de la literatura, el scoping review se revela como uno de los mejores métodos para identificar líneas de investigación y difundir resultados[16]. Esta metodología de revisión es particularmente útil para examinar un tema, mapear integral y sistemáticamente la literatura e identificar los conceptos clave, teorías, evidencias disponibles, o por el contrario lagunas en la investigación. Este tipo de examen es riguroso y metódico para analizar el alcance y la naturaleza de la actividad de investigación en un campo[16] particular, e integra tanto investigación empírica como conceptual[17].

Para el diseño del protocolo de Scoping Review se sigue la estructura de Arksey y O'Malley[16] en su trabajo seminal, y posteriores17. Además se introducen las modificaciones posteriores de Levac[18]. Las etapas son:

Etapa 1: Identificación de las preguntas de investigación.

Para enmarcar la búsqueda se ha partido de los ejes fundamentales que plantea la Estrategia para el abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de la Salud[19]. Para incluir el parámetro de equidad se recurre a la extensión PRISMA-Equidad de 2012[20].

Etapa 2: Identificación de estudios.

La búsqueda se realiza en bases de datos electrónicas: Medline, Biblioteca Cochrane, CINAHL, PsycInfo, Biblioteca Virtal de Salud, CUIDEN, INAHTA, Joanna Briggs Institute. Este proceso se completa con una búsqueda referencial.

Como estrategia se desarrolla de forma iterativa una lista de términos claves en forma de MeSH/DeCS. Los términos de búsqueda principales se centran en términos relacionados con GC y enfermería, los términos secundarios amplían esta búsqueda. Los métodos de filtrado incluyen el rango de fechas y el resto de criterios de inclusión. Se utilizan los términos booleanos AND, OR y NOT para refinar la búsqueda. Las referencias se importan a un gestor bibliográfico, donde se eliminan los duplicados.

Etapa 3: Selección de los estudios.

El proceso de selección tiene dos partes. Se revisan títulos y resúmenes para determinar la elegibilidad basándose en los criterios de inclusión y exclusión. Se evalúa el enfoque sistemático utilizando los criterios mínimos de calidad de CASPE[21] para artículos de revisión para determinar el nivel aceptable de rigor basado en una revisión prelimi-

nar de los resúmenes y un enfoque inductivo sobre la base de las observaciones de Gough et alt[22,23] Para la exposición del resultado se utiliza un diagrama de flujo PRISMA[15]. Cuando surgen dudas sobre la inclusión de un artículo a partir de su resumen, se incluye en la revisión.

Etapa 4: Estructurar los datos.

Se recogen y ordenan las cuestiones claves de información de los artículos seleccionados. Daudt[24] sugiere un proceso para garantizar la coherencia con las preguntas y objetivo de la investigación.

Etapa 5: Recopilar, resumir e informar los resultados.

Se agregan los resultados y se presenta una visión general. Se utiliza el modelo PRISMA de directrices para informar sobre revisiones sistemáticas[15] que incluye componentes de equidad[20].

Etapa 6: Consulta.

Siguiendo a Levac et alt[18] que recomiendan a los investigadores establecer con claridad los objetivo de la consulta, los nuestros son compartir los resultados preliminares con las partes interesadas y la validación de los resultados. Los actores con los que se consulta son enfermeras con experiencia en atención primaria y GC, gestores de servicios de atención primaria, profesores universitarios y usuarios de estos servicios. Los datos se recogen mediante entrevistas individuales o grupales. La síntesis de las ideas claves son devueltos a los entrevistados para su reconocimiento y se integran dentro del resultado general del estudio.

RESULTADOS

La ubicación geográfica de las zonas básicas de salud que componen el grupo de intervención con el modelo de ECE y las que componen el grupo control con centros de salud sin este modelo se muestran en la figura 1. En esta figura también se presentan las zonas con implantación de la ECE durante el periodo de estudio y excluidas del análisis. Al margen de su ubicación geográfica, las zonas de salud no difieren de forma sustancial en cuanto a cobertura, tipo de población atendida y nivel socio-económico territorial, ya que la propia zonificación considera la homogeneidad de estas características.

La forma gráfica de la progresión de los indicadores, los resultados de su análisis de tendencia, y la significación de la diferencia de tendencia entre ZBS con y sin ECE se muestran en la Tabla 1. Como se aprecia en los gráficos la Cobertura de Atención Domiciliaria para el conjunto de zonas de salud que disponen de ECE parte de un nivel medio del 60%, mientras los que no poseen ECE del 40%. La progresión de la cobertura domiciliaria para la ECE muestra una tendencia al crecimiento con una tasa mensual de 0,71 (IC95%: 0,16-0,25), mientras en el caso de la enfermera tradicional la tendencia es a un ligero descenso del 0,01 (IC95%: 0,09-0,11), alcanzando la diferencia entre estas tendencias la significación estadística. Las gráficas de la Cobertura de Cuidadoras en Continuidad de Cuidados, la de Talleres a cuidadoras y la de confinados con más de cuatro visitas de la UAF muestran dibujos similares, con diferencias más acusadas a favor del grupo de ZBS con ECE, también se encuentra significación estadística en las diferencias de las tendencias. El quinto indicador de este grupo es el Riesgo social valorado por el Trabajador social, en este indicador las diferencias gráficas no son tan acusadas como en indicadores anteriores, de nuevo se identifica significación estadística para las diferencias de tendencias a favor del grupo ECE. Para estos dos últimos indicadores la disponibilidad de los datos no permiten completar la serie, para el indicador visitas de la UAF se cuenta con una serie de 24 meses, y en el de Riesgo social se cuenta con una serie de 57 meses.

La Tabla 1 también muestra las gráficas para los indicadores que se relaciona con los indicadores de resultados en los pacientes. En los cuatro indicadores contamos con una serie temporal que va desde el mes 53 al 98. Hospitalizaciones, Úlceras por presión y Sobreesfuerzo de la cuidadora muestran signifi-

caciones para las diferencias de tendencias, en los tres casos a favor del grupo enlace. En las gráficas se visualizan estas diferencias. Aunque en Caídas también se observan mejores resultados a favor de la ECE la diferencia no alcanza la significación estadística.

EVIDENCIAS

Los resultados de la búsqueda se sintetizan en el diagrama de flujo, Figura 2. Se seleccionaron 21 revisiones sistemáticas, publicadas siguiendo una revisión por pares. Incluyen ensayos clínicos aleatorizados para identificar el impacto de la GC. Se analizan las siguientes categorías: efectividad, calidad de vida, satisfacción, costes, factores que influyen en estos servicios y equidad. La mayoría de los estudios exploran efectividad (entendida como mejoría o control clínicos del paciente) y coste. Se encuentras evidencias a favor de la GC en efectividad, calidad de vida, satisfacción y costes. La mejora de los costes se obtiene por la disminución de la hospitalización, la readmisión hospitalaria y uso de los servicios de urgencias. Sólo una revisión aborda la cuestión de los factores a tener en cuenta en el desarrollo de los servicio de GC, y no encuentra evidencia clara, concluye en la necesidad de crear una taxonomía específica e investigar cada cuestión por separado. No se han identificado revisiones que aborden la cuestión de la equidad en estos servicios.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio muestran que en las zonas básicas de salud donde se desarrolla el trabajo de las ECE se obtienen mejoras en indicadores 1) que describen el control de la situación clínica de los pacientes, como son los ingresos hospitalarios, úlceras por presión, y la detección del sobreesfuerzo de los cuidadores familiares, 2) de eficiencia del empleo de los recursos, como las hospitalizaciones, visitas a domicilio por parte de la Unidad de Atención Familiar y el riesgo social detectado por la ECE y valorado por el trabajador social, y 3) de calidad y cumplimiento del proceso, como la cobertura para pacientes en atención domiciliaria y la de sus cuidadores, y la cobertura del servicio específico de talleres a cuidadoras, entre los que se incluyen también los de visitas a domicilio y detección y abordaje del riesgo social.

Al comparar nuestros resultados con los publicados por otros investigadores encontramos una limitación seria en las revisiones, la ausencia de meta-análisis de resultados, debido a la heterogeneidad metodológica, a los perfiles de pacientes descritos y los indicadores utilizados en los diferentes estudios disponibles. No obstante, se encuentran revisiones sistemáticas sobre sistemas de GC mediante enfermeras que podemos aproximar al modelo que estudiamos. Así las revisiones de Doughty[25], Chiu[26], Oeseburg[27], You[28], y Trivedi[29], comparten población diana, las personas mayores frágiles. El estudio de Keleher[30] coincide en el ámbito de la atención primaria. El resto de trabajos mezclan los ámbitos de la atención primaria y hospitalaria[31,45]. Varias revisiones coinciden en la disminución de ingresos hospitalarios, de la readmisión y de la prevención del ingreso mediante la GC. De forma concreta esto se traduce en menos ingresos hospitalarios para personas mayores[26], menos readmisiones para personas con fallo cardíaco[37], menos ingresos en niños con procesos crónicos[41], y menos ingresos para diferentes perfiles de pacientes en el trabajo de[43].

Aunque los resultados encontrados con las series temporales de indicadores de Tenerife y en la revisión de la literatura van en la misma dirección, comparar ambos tropieza con la dificultad de encontrar un modelo igual al que evaluamos. Hay una gran diversidad de servicios prestados mediante la GC, recordemos que el servicio que prestan las enfermeras de enlace en Canarias es el primero de estas características dentro de la atención primaria en España. La GC aplicada a la mejora de la atención

domiciliaria es el modelo que se evalúa aquí, mientras que en la literatura se encuentran modelos similares aplicados a salud mental (depresión), procesos crónicos (diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica), personas mayores y niños. Los indicadores concretos de cada estudio también son diferentes, aunque se observa que la mayoría de resultados van en la misma dirección positiva. En general podemos concluir que los resultados encontrados en nuestro estudio son coherentes con lo publicado por otros autores en diferentes contextos y para diferentes perfiles de pacientes[25,45].

El servicio a estudio de nuestro trabajo se centra en personas incluidas en el programa de Atención Domiciliaria del SCS y sus cuidadoras, en su mayoría personas mayores, dependientes, pluripatológicas, polimedicadas y con mujeres cuidadoras familiares, gran parte de ellas también pluripatológicas y polimedicadas. Los estudios disponibles muestran la GC aplicada a perfiles más amplios de personas necesitadas de cuidado: mayores, dependientes, con problemas crónicos, con problemas de salud mental. Las poblaciones diana, mayores que requieren atención a domicilio en nuestro caso, y mayores, pluripatológicos, personas con problemas de salud mental, y procesos crónicos en adultos y en niños, en otros estudios, permite encuadrarlas a todas dentro del grupo de población que en los modelos de estratificación son los de mayor complejidad. Según el modelo de la pirámide de Kaiser un 5% de la población se encuentra en este grupo con un consumo del 60% de los recursos sanitarios[46-48].

Nuestro estudio está afectado por algunas limitaciones y sesgos. La primera limitación es basar el análisis en indicadores elaborados mes a mes a partir de la información que los profesionales introducen a diario en las historias clínicas, proceso éste que no posee ningún sistema de control de calidad, ni se rige por una disciplina informativa de notificación reglada, por lo que podemos suponer una insuficiente calidad en los datos. Por consiguiente, nuestro estudio podría estar afectado por un sesgo de infraestimación del impacto del modelo ECE sobre los indicadores empleados, por lo que suponemos que cualquier mejora de la calidad de registro de información en las historias clínicas mejoraría los resultados expuestos aquí.

Una segunda limitación consiste en haber empleado en el análisis los indicadores disponibles, diseñados y utilizados por el SCS, entre los que es evidente la ausencia de indicadores especí-

ficos, que diferencien, por ejemplo, conceptos como “hopitalizaciones” y “reingresos”, o propios de la labor enfermera, que distingan, por ejemplo, en un indicador como “al menos 4 visitas de la UAF”, sobre qué profesional específico se refiere. La ausencia de tales indicadores impide un análisis más profundo del impacto del modelo ECE.

Una tercera limitación es la falta de disgregación de los indicadores dirigidos a la evaluación de la macrogestión, la mesogestión y la microgestión, que hubieran sido de gran utilidad para evaluar el resultado del modelo ECE a estos niveles. En este sentido la taxonomía propuesta por la Asociación Americana de Cardiología[49] es un paso para clasificar los diferentes servicios de GC que puede ser ampliada hacia indicadores claves que faciliten la evaluación y el benchmarking.

Una cuarta limitación es haber restringido el estudio a la isla de Tenerife. Creemos que los resultados de nuestro estudio son extrapolables, al menos, al resto del territorio de Canarias, al compartir en el resto de las islas el modelo ECE una misma población diana y un mismo protocolo de trabajo. Más allá de la comunidad autónoma los resultados serían extrapolables en la medida en que población diana y protocolo de GC sea similar al empleado por la ECE en Canarias.

Tomando en consideración las limitaciones y sesgos que afectan nuestro estudio, a partir de sus resultados podemos afirmar que en las zonas básicas de la atención primaria de salud donde se desarrolla el trabajo de las ECE se obtienen mejoras en el control de la situación clínica de los pacientes, de la calidad y eficiencia de la atención. Estos resultados son coherentes con las evidencias disponibles en diferentes contextos asistenciales, con diferentes perfiles de pacientes, y diferentes variantes de GC. No obstante, se requieren más estudios de tipo seguimiento de cohortes empleando indicadores más específicos y controlados para confirmar los extremos a los que arribamos a partir de nuestros resultados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Duarte G, Izquierdo MD, Reyes JM. Análisis de la situación y líneas de desarrollo de la enfermería de Atención Primaria en Canarias. Servicio Canario de la Salud. Santa Cruz de Tenerife; 2000.

2. Dirección General de Programas Asistenciales Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación. Protocolo del Servicio de Continuidad de Cuidados para la Atención Domiciliaria. Servicio Canario de la Salud; 2006.

3. Duarte-Clíments G, Sánchez-Gómez, MB. Gestión de casos en Atención Primaria: la Enfermera Comunitaria de Enlace. Atención Comunitaria. Madrid: Enfo Ediciones; 2009.

4. Ross, Curry, N, Goodwin, N. Case management: What it is and how it can best be implemented, [Internet]. The King's Fund Paper; 2011 [citado 12 de diciembre de 2013]. Disponible en: http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Case-Management-paper-The-Kings-Fund-Paper-November-2011_0.pdf

5. Hutt R, Rosen R, McCauley J. Case-managing Long-term Conditions: What impact does it have in the treatment of older people? London: The King's Fund; 2004.

6. Case Management Society of America (2008–11). What is a case manager? [Internet]. CMSA website.; [citado 6 de octubre de 2011]. Disponible en: www.cmsa.org/Home/CMSA/WhatisaCaseManager/tabid/224/Default.aspx

7. Casarin SNA, Villa TCS, Gonzáles RIC, de Freitas MC, Caliri MHL, Sassaki CM. Case management: evolution of the concept in the 80's and 90's. Rev Lat Am Enfermagem. 2002;10(4): 472-7.

8. Reimanis CL, Cohen EL, Redman R. Nurse case manager role attributes: fifteen years of evidence-based literature. Lippincotts Case Manag. 2001;6(6):230-239; quiz 240-242.

9. Krumholz HM, Currie PM, Riegel B, Phillips CO, Peterson ED, Smith R, et al. A taxonomy for disease management: a scientific statement from the American Heart Association Disease Management Taxonomy Writing Group. Circulation. 2006;114(13):1432-45.

10. Pérez, RM, López, SR, Lacida, M, Rodríguez, S. La Enfermera Comunitaria de Enlace en el Servicio Andaluz de Salud. Enferm Comun [Internet]. 2005;1(1).

11. Duarte-Clíments, G, Izquierdo-Mora, M.D, Pérez-Díaz, G, Aguirre-Jaime, A. La enfermera comunitaria de enlace, una propuesta para la mejora de la atención domiciliaria: fundamento, modelo y evaluación de impacto. Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria. 2008;1(1).

12. Contel-Segura JC, Gené-Badía J, Peya-Gascons M. Atención domiciliaria: organización y práctica. Springer; 1999.

13. Fundación SAR. Calidad y dependencia. Grados de dependencia y necesidad de servicios. [Internet]. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.; 2007. Disponible en: http://www.imsersodependencia.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm?id=52409

14. Higgins JPT, Green S (editors). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0 [updated March 2011]. The Cochrane Collaboration, 2011. Available from www.cochrane-handbook.org.

15. Urrútia, Gerard, y Xavier Bonfill. «Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis». Medicina Clínica 135, n.o 11 (octubre de 2010): 507-11. doi:10.1016/j.medcli.2010.01.015.

16. Arksey, H. and O'Malley, L. (2005) Scoping studies: towards a methodological framework, International Journal of Social Research Methodology, 8, 1, 19-32.

17. Enhancing the scoping study methodology: a large, inter-professional team's experience with Arksey and O'Malley's framework». Accedido 11 de diciembre de 2015. http://www.biomedcentral.com/1471-2288/13/48.

18. Levac, Danielle, Heather Colquhoun, y Kelly K O'Brien. «Scoping studies: advancing the methodology». Implementation Science : IS 5 (20 de septiembre de 2010): 69. doi: 10.1186/1748-5908-5-69.

19. Estrategia para el abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012. Recuperado a partir de: http://goo.gl/kSw3ux

20. Welch, Vivian, Mark Petticrew, Peter Tugwell, David Moher, Jennifer O'Neill, Elizabeth Waters, y Howard White. «PRISMA-Equity 2012 Extension: reporting guidelines for systematic reviews with a focus on health equity». Revista Panamericana de Salud Pública 34, n.o 1 (julio de 2013): 60-67.

21. Critical Apraisal Skill Programme Español vCASPe. 2015. http://www.redcaspe.org/.

22. Gough D, Thomas J, Oliver S. Clarifying differences between review designs and methods. Syst Rev 2012;1:28

23. Gough D . Meta-narrative and realist reviews: guidance, rules, publication standards and quality appraisal. BMC Med 2013;11:22

24. Daudt HML, Van Mossel C, Scott SJ . Enhancing the scoping study methodology: A large, inter-professional team's experience with Arksey and O'Malley's framework. BMC Med Res Methodol 2013;13:48.

25. Doughty C. Effective models of mental health service provision and workforce configuration in the primary care setting. Christchurch: New Zealand Health Technology Assessment (NZHTA). NZHTA Technical Brief Series Volume 5 Number 1. 2006

26. Chiu WK, Newcomer R. A systematic review of nurse-assisted case management to improve hospital discharge transition outcomes for the elderly. Prof Case Manag. 2007;12(6):330-6; quiz 337-8.

27. Oeseburg B, Wynia K, Middel B, Reijneveld SA. Effects of case management for frail older people or those with chronic illness: a systematic review. Nurs Res. 2009;58(3):201-10.

28. You EC, Dunt D, Doyle C, Hsueh A. Effects of case management in community aged care on client and carer outcomes: a systematic review of randomized trials and comparative observational studies. BMC Health Services Research. 2012;12:395.

29. Trivedi D, Goodman C, Gage H, Baron N, Scheibl F, Iliffe S, et al. The effectiveness of inter-professional working for older people living in the community: a systematic review. Health Soc Care Community. 2013;21(2):113-28.

30. Keleher H, Parker R, Abdulwadud O, Francis K. Systematic review of the effectiveness of primary care nursing. Int J Nurs Pract. 2009;15(1):16-24.

31. Latour CHM, van der Windt DAWM, de Jonge P, Riphagen II, de Vos R, Huyse FJ, et al. Nurse-led case management for ambulatory complex patients in general health care: a systematic review. J Psychosom Res. 2007;62(3): 385-95.

32. Saxena S, Misra T, Car J, Netuveli G, Smith R, Majeed A. Systematic review of primary healthcare interventions to improve diabetes outcomes in minority ethnic groups. J Ambul Care Manage. 2007;30(3):218-30.

33. Christensen H, Griffiths KM, Gulliver A, Clack D, Kljakovic M, Wells L. Models in the delivery of depression care: a systematic review of randomised and controlled intervention trials. BMC Fam Pract. 2008;9:25-39.

34. Fraser KD, Estabrooks C. What factors influence case managers' resource allocation decisions? A systematic review of the literature. Med Decis Making. 2008;28(3):394-410.

35. Sutherland D, Hayter M. Structured review: evaluating the effectiveness of nurse case managers in improving health outcomes in three major chronic diseases. J Clin Nurs. 2009;18(21):2978-92.

36. Young T, Busgeeth K. Home-based care for reducing morbidity and mortality in people infected with HIV/AIDS. Cochrane Database Syst Rev. 2010;(1):CD005417.

37. Slyer JT, Concert CM, Eusebio AM, Rogers ME, Singleton J. A systematic review of the effectiveness of nurse coordinated transitioning of care on readmission rates for patients with heart failure. The JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports. 2011;9(15): 464-90.

38. Joo JY, Huber DL. An integrative review of case management for diabetes. Prof Case Manag. 2012;17(2):72-85.

39. Nurmatov U, Buckingham S, Kendall M, Murray SA, White P, Sheikh A, et al. Effectiveness of holistic interventions for people with severe chronic obstructive pulmonary disease: systematic review of controlled clinical trials. PLoS ONE. 2012;7(10):e46433.

40. Thota AB, Sipe TA, Byard GJ, Zometa CS, Hahn RA, McKnight-Eily LR, et al. Collaborative care to improve the management of depressive disorders: a community guide systematic review and meta-analysis. Am J Prev Med. 2012;42(5): 525-38.

41. Coller RJ, Nelson BB, Sklansky DJ, Saenz AA, Klitzner TS, Lerner CF, et al. Preventing hospitalizations in children with medical complexity: a systematic review. Pediatrics. 2014;134(6):e1628-47

42. Joo JY, Huber DL. An integrative review of nurse-led community-based case management effectiveness. Int Nurs Rev. 2014;61(1):14-24.

43. Watts SA, Lucatorto M. A review of recent literature - nurse case managers in diabetes care: equivalent or better outcomes compared to primary care providers. Curr Diab Rep. 2014;14(7):504-17.

44. Martínez-González NA, Berchtold P, Ullman K, Busato A, Egger M. Integrated care programmes for adults with chronic conditions: a meta-review. International Journal for Quality in Health Care. 2014;26(5):561-70.

45. Stokes J, Panagioti M, Alam R, Checkland K, Cheraghi-Sohi S, Bower P. Effectiveness of Case Management for "At Risk" Patients in Primary Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. Quinn TJ, ed. PLoS ONE. 2015;10(7):e0132340.

46. Jadad AR, Cabrera A, Martos F, Smith R, Lyons RF. Modelos de gestión de enfermedades crónicas complejas, capítulo 4 en: Cuando las personas viven con múltiples enfermedades crónicas: aproximación colaborativa hacia un reto global emergente. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010.

47. Affordable Health Coverage Quality Care Kaiser Permanente. Disponible en: https://goo.gl/YBS2OZ

48. Solinís RN. Buenas prácticas en gestión sanitaria: el caso Kaiser Permanente. Rev Adm Sanit. 2007;5(2):283-92.

49. Sochalski, J., T. Jaarsma, H. M. Krumholz, A. Laramee, J. J.V. McMurray, M. D. Naylor, M. W. Rich, B. Riegel, y S. Stewart. «What Works In Chronic Care Management: The Case Of Heart Failure». Health Affairs. 2009;28(1): 179-89.

TABLAS Y ANEXOS

Figura 1. Distribución de zonas básicas de salud de Tenerife con y sin Enfermera Comunitaria de Enlace. Fuente: elaboración propia.

Figura 2. Diagrama de flujo, búsqueda y selección de estudios. Fuente Elaboración propia

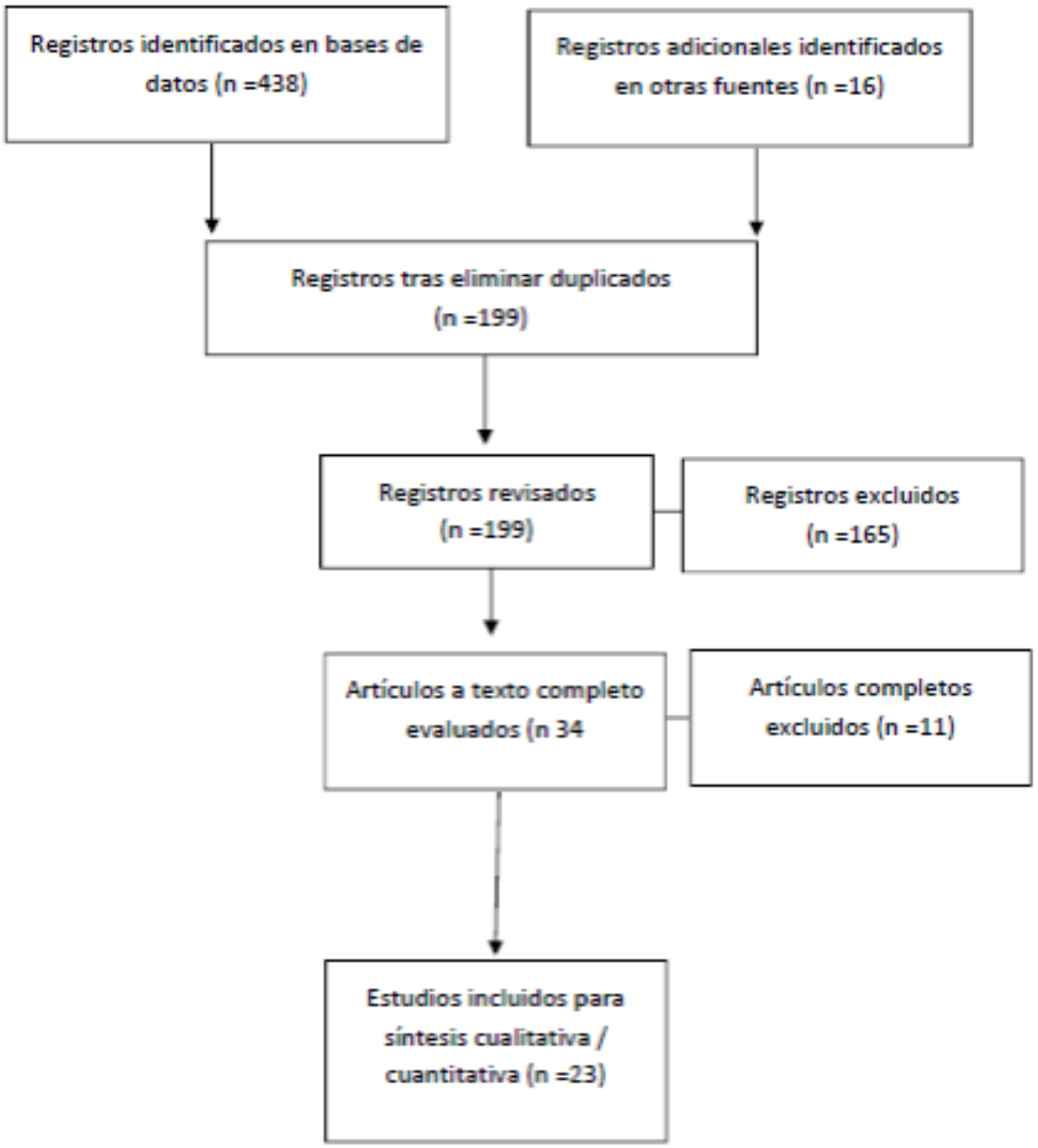
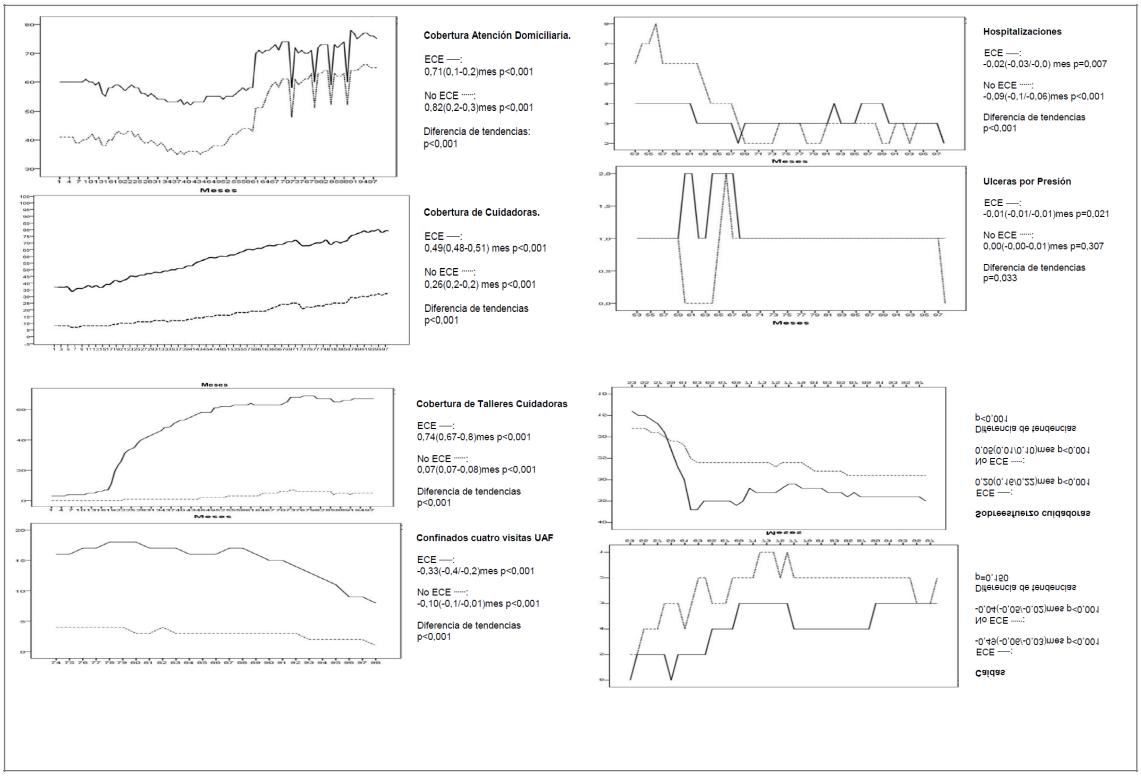
Tabla 1. Resultados de estimación de la tendencia de los indicadores y significación de su diferencia. Fuente: elaboración propia.